

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Деркач Ю.Н., Новикова Н.Д., Дорожкина О.С.

Нами обследовано 32 ребенка в возрасте 3 лет с вторичными иммунодефицитными состояниями. В анамнезе дети в возрасте от 2 месяцев до года перенесли острую пневмонию. При клинико-иммунологическом мониторинге дети имели патологические изменения иммунного статуса и опосредуемые ими клинические проявления. Наибольший интерес представляли 12 детей с Т-лимфоцитопеническим синдромом, болеющие более 7 раз в год острыми респираторными вирусными инфекциями

Учитывая длительный период стабилизации ИДС у наблюдаемой группы детей, нами использовано комбинированное воздействие ультразвука на область вилочковой железы и Т-активина.

Т-активин, вводили подкожно из расчета 1 мкг/кг массы тела, курсом 5 инъекций, по чередованию с ультразвуком, а затем применяли поддерживающие введения 1 раз в неделю еще 4-5 воздействий. 2 ребенка получили повторно Т-активин по 5 инъекций в месяц через 1 месяц после поддерживающей терапии. Иммунокорригирующую терапию начинали с воздействия ультразвуком на вилочковую железу. Субъективно ко 2-3 сеансу происходило четкое улучшение самочувствия, сна, дети становились спокойнее, отмечавшийся у 5 детей субфебрилитет исчезал. После курса подкожных инъекций Т-активина родители отмечали повышение аппетита и активности детей. В периферической крови наблюдали позитивную динамику показателей.

Контрольное иммунологическое обследование проводили через 3-3,5 месяца после курса комбинированной терапии ультразвуком и Т-активинном.

В результате использования комбинации ультразвукового воздействия на вилочковую железу и подкожного введения тимического препарата Т-активина более чем в 3,5 раза уменьшилось различие по сравнению с нормативными показателями экспрессируемых Т-лимфоцитами CD3 рецепторов, в 2 раза

увеличивалась экспрессия Т-хелперных клеток, уменьшился процент расхождения с нормативными показателями супрессорных лимфоцитов, с рецепторами к ИЛ-2. Реакция бластной трансформации лимфоцитов достоверно проявляла нормализацию данной функции. По В-клеткам и уровню иммуноглобулинов также отмечалась положительная динамика по нивелиации разницы с возрастными нормативами, хотя принципиальной необходимости восстанавливать В клеточные рецепторы у детей с Т-лимфоцитопеническим синдромом не было. При этом клиника повторных заболеваний базировалась на функциональной инертности Т клеточной системы: при вирусных инфекциях не срабатывала первично система Т-ИЛ2 рецепторов, а при бактериальных – отсутствовала хелперная стимуляция, первичный же ответ осуществлялся макрофагами и неспецифическими сывороточными иммуноглобулинами. В отдельных случаях количество лимфоцитов, экспрессирующие CD22, восстанавливались до нормы, а иммуноглобулины значимых различий не имели.